

ANNEE 1963

THÈSE

N°

1006

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Gérard LEMOINE

né le 22 octobre 1936 à Beauvais (Oise)

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de BLOIS

Présentée et soutenue publiquement le :

UTILISATION DANS LE TRAITEMENT DES DYSCINESIES
DU BROMOMETHYLATE DE ALPHA-PYRROLIDINOPROPIONYL-
PHENOTHIAZINE PAR VOIE INTRA-VEINEUSE

(travail de la maternité de l'Hôtel-Dieu de Blois)

Président : M. MERGER, Professeur.

THÈSE

ANNÉE 1963

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Gérard LEMOINE

né le 22 octobre 1936 à Beauvais (Oise)

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de BLOIS

Présentée et soutenue publiquement le :

UTILISATION DANS LE TRAITEMENT DES DYSCINESIES
DU BROMOMETHYLATE DE ALPHA-PYRROLIDINOPROPIONYL-
PHENOTHIAZINE PAR VOIE INTRA-VEINEUSE

(travail de la maternité de l'Hôtel-Dieu de Blois)

Président : M. MERGER, Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER

2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Tenon OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (G.) COUINAUD (G.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BALLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEY (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDDUX-LEBARD (G.)		
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)		
Neurologie	LAPRESLE (J.)		
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	{ BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physiologie	{ pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
	{ pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Physique médicale	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Pneumo phtisiologie		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A mes Enfants,

A mes Parents,

A ma Grand-Mère,

A mon Frère,

A mes Camarades de l'Internat de Blois.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152023_0037

Au Professeur MERGER,

qui accepte de présider cette thèse

Toute ma reconnaissance.

Au Docteur MARMASSE,

qui m'a inspiré ce sujet de thèse
m'a guidé dans son élaboration

Tous mes remerciements.

A mes Maitres de l'Hotel Dieu de Blois,

le Docteur BRUN 1960 ,

le Docteur MULLER 1961 ,

le Docteur VEZIN 1962.

Raccourcir la durée du travail pour réduire les souffrances maternelles et foetales, sans risquer des effets nocifs pour la mère ou l'enfant, a toujours été un but de l'accoucheur^u_a

La dynamique utérine règle en grande partie cette durée de l'accouchement ; elle est tributaire de la synergie corps-col utérin.

Les prépondérances de l'innervation parasymphatique au niveau du col et de l'innervation sympathique au niveau du corps, ainsi que le fait que le parasymphatique serait moteur pour les fibres musculaires utérines circulaires et inhibiteur pour les fibres longitudinales, expliquent l'action des anti-spasmodiques parasymphaticolytiques sur l'effacement et la dilatation du col. Le bromométhylate de alpha pyrrolidino propionyl phénothiazine ou propyromazine ou Diaspasmyl est un acétyl cholinolytique de synthèse inhibant in vitro les contractions spontanées de l'utérus et ne supprimant pas l'activité spasmogène de l'hormone post-hypophysaire. Ce produit, quoique dérivé de la phénothiazine n'a pas d'action sur le système nerveux cérébrospinal et en particulier ne déprime pas le centre respiratoire.

Des premiers résultats d'utilisation obstétricale de ce produit par voie intramusculaire ont été publiés (Plasse et Coll. Maternité de la Belle de Mai - Marseille) ; ces résultats portaient sur 128 accouchements dont 26 dyscinésies et les auteurs ont écrit à propos des dyscinésies : "Nos échecs partiels s'expliquent par le fait que le Diaspasmyl n'a pas été utilisé par voie intraveineuse"^α

Ce travail va tendre à confirmer cette phrase.

Il comprendra, outre l'analyse du travail cité, l'analyse de 85 cas de dystocie fonctionnelle traités dans le service du docteur Marmasse à l'Hôtel-Dieu de Blois, par le Diaspasmyl, 85 fois par voie intramusculaire seule, 30 fois par voie veineuse dont 11 fois après une ou deux injections intramusculaires, enfin la comparaison des résultats obtenus par l'une et l'autre voie.

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

Au début d'une étude clinique de l'action d'un antispasmodique sur . . les anomalies de dilatation, il importe de faire un rapide rappel, d'une part de la physiologie du travail normal, d'autre part des différentes dyscinésies.

ANATOMIE

L'utérus à terme pèse 800 à 1.200 grammes.

Il se différencie de l'utérus non gravide par :

- une hypertrophie des fibres musculaires existantes,
- une transformation d'éléments conjonctivo-élastiques en fibres musculaires,
- une augmentation de la striation,
- un développement de la vascularisation et une inhibition.

Le myomètre comprend trois sortes de fibres qui sont de l'intérieur vers l'extérieur :

- des fibres orbiculaires centrées par les orifices tubaires,
- une couche plexiforme contenant des fibres transversales et des fibres longitudinales,
- des fibres longitudinales ou obliques.

Au point de vue fonctionnel, on peut considérer deux sortes de fibres :

- les fibres circulaires,
- les fibres longitudinales.

La contraction des fibres longitudinales provoque :

- dans un premier temps l'ascension des fibres circulaires de la partie basse de l'utérus, d'où l'effacement et la dilatation;

- dans un deuxième temps, le raccourcissement de l'utérus en hauteur, d'où l'expulsion de son contenu vers le vagin puis l'extérieur.

La contraction des fibres circulaires basses antagonise ce premier temps, jouant un rôle de sphincter.

PHYSIOLOGIE NERVEUSE :

Les muscles abdominaux et périnéaux à innervation rachidienne et contraction volontaire n'entrant en jeu qu'à la période d'expulsion.

L'innervation utérine est triple et comprend :

- un système autonome fait de ganglions intramuraux,
- des formations sympathiques, d'origine dorsale, représentées par les nerfs hypogastriques,
- des formations parasympathiques, d'origine sacrée, représentées par les nerfs pelviens.

L'innervation extrinsèque passe par le ganglion de Lee-Frankenhauser.

Le corps utérin reçoit principalement des filets sympathiques, le col des filets parasympathiques (Snoeck Rocmans)

Selon Daels, le sympathique serait moteur pour les fibres longitudinales, inhibiteur pour les fibres circulaires, tandis que la parasympathique réaliserait un effet inverse.

PHYSIOLOGIE MUSCULAIRE :

Le muscle utérin a deux propriétés essentielles : l'élasticité et la contractilité :

L'élasticité est la possibilité de s'adapter à son contenu et se manifeste duivant :

- l'extensibilité qui permet l'accroissement de la cavité utérine suivant le développement de l'oeuf,
- la rétractilité qui ramène à chaque instant la cavité utérine au volume

de son contenu lorsque celui-ci diminue d'importance.

La contractilité s'inscrit sous deux formes :

- la tonicité représente un état de contractilité élémentaire permanente (tonus basal (demi-rétraction statique et de repos du muscle en dehors de toute contraction)).
- la contractilité proprement dite est la possibilité de réponse passagère du muscle utérin à une excitation.

La contraction utérine apparaît comme un accroissement passager du tonus.

La contraction n'est douloureuse qu'à partir d'un certain seuil.

Entre les contractions réapparaît le tonus de base.

EFFETS DE LA CONTRACTION UTERINE

Avant le travail, l'étirement de l'isthme utérin en segment inférieur,

Pendant le travailn elle provoque l'effacement puis la dilatation, ces deux processus étant plus ou moins intriqués chez la multipare, enfin l'expulsion.

L'efficacité d'une contraction ne croît pas avec son intensité mais avec la différence entre cette intensité et le tonus de base.

MOYENS D'OBSERVATION DE LA CONTRACTION UTERINE

Moyens cliniques :

L'interrogatoire n'a que peu de valeur, le seuil douloureux de la contraction étant variable selon les femmes.

Le palper abdominal permet de se rendre compte que l'utérus devient dur dans son ensemble, ne laissant plus percevoir son contenu

Le toucher vaginal permet de juger de l'efficacité de la contraction.

Moyens paracliniques :

Ils comprennent :

- l'étude directe de la pression intra-utérine
- l'hystérogaphie externe
- les mesures électrométriques des potentiels d'action du myomètre.

PARTICULARITES DE L'ACCOUCHMENT DE LA FEMME

Le travail est plus douloureux chez la femme que chez les quadrupèdes. Ceci s'explique par au moins deux raisons :

- le développement remarquable du système nerveux propre à l'homme semble avoir pour corollaire une résonance corticale particulièrement vive des perceptions douloureuses périphériques, en particulier utérines.
- le sphincter cervical est beaucoup plus développé chez la femme que chez les quadrupèdes, son ouverture nécessite donc un travail plus intense, donc plus douloureux.

La contractilité vaginale ne joue pas de rôle dans le travail chez la femme.

LES DYSCINESIES :

Ce sont des états d'inaptitude de l'utérus parturient à exercer le jeu normal de sa motricité. Elles peuvent avoir pour origine une dystocie mécanique d'origine foetale ou maternelle, mais sont le plus souvent primitives.

Dyscinésies avant travail : Le "faux travail" est l'apparition de douleurs fortes et irrégulières sans modification du col. L'hystérométrie montre des contractions irrégulières en intensité, en durée et en rythme. Cet état cède aux antispasmodiques.

Dyscinésies de la période de dilatation

- L'inertie vraie est représentée par des contractions espacées, courtes,

peu intenses, s'établissant sur un seuil basal normal. Surtout lorsque la poche des eaux est rompue, cet état nécessite un ocytocique léger (spartéine par exemple).

- La contractura cervicale isolée qui peut être associée soit à un état d'hyperkinésie corporelle réagissant dans ce cas aux antispasmodiques, soit à un état d'hypokinésie corporelle réagissant aux associations antispasmodiques ocytotiques.

- La contracture utérine soit est primitive, soit, le plus souvent, traduit une réaction du muscle en face d'un obstacle fonctionnel négligé (contracture du col)

Elle se manifeste par un endolorissement lombaire avec paroxysmes douloureux abdominaux et lombaires.

Le col est épais ou contracturé

L'hystérométrie montre d'abord une hyperkinésie puis une tétanisation.

Cet état réagit aux antispasmodiques et est aggravé par les ocytotiques.

Dyscinésies à dilatation complète : peuvent subsister à la fin du travail soit une inertie utérine, soit une contracture utérine.

Dans la majorité des cas, il convient d'extraire le fœtus qui a souffert d'une longue dyscinésie.

L'OEDEME DU COL :

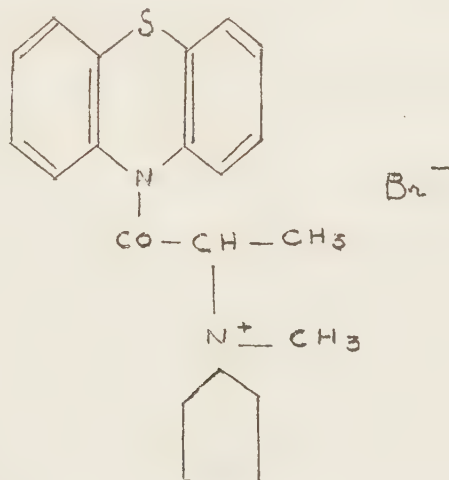
C'est la complication et le témoin de toute anomalie de dilatation prolongée.

Le col est d'abord épais, mal effacé, dur puis il s'oedématie.

Le S D . 0 4 I I 9 ou DIASPASYL

PROPRIETES PHYSICOCHIMIQUES

Le Diaspasmyl ou bromométhylate de alpha-pyrrolidino-propionyl-phénothiazine de formule brute $C_{20}H_{23}N_2O S Br$ répond à la formule suivante.



Ce corps se distingue par sa formule des autres antispasmodiques acétylcholinolytiques de synthèse qui sont soit des dérivés de l'atropine, soit des esters aminés, soit des dérivés aminés de la phénothiazine, il s'agit d'une amide phénothiazinique.

Le poids moléculaire est 419

Le point de fusion est $224^{\circ}C$

C'est une poudre blanche, ou légèrement colorée, cristallisée, peu stable à la lumière, soluble dans l'eau, l'éthanol et le chloroforme, insoluble dans l'éther et l'acétone.

PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES :

Action sur la fibre lisse :

Elle a été étudiée in vivo et in vitro.

In vitro , outre une inhibition du tonus et des contractions spontanées des organes isolés suivants : duodénum de lapin et de rat, vésicule biliaire de cobaye, utérus de rate, on note une action antagoniste vis-à-vis des agents contractants :

- Le pouvoir acétylcholinolytique a été mis en évidence sur : l'iléon, l'estomac, la vésicule biliaire, la trachée et la vésicule séminale de cobaye - le duodénum de rat, - le duodénum et la vessie de lapin - l'utérus de lapine (il a été noté sur cet organe que la concentration entraînant une diminution de 50 % du spasme provoquée par l'acétylcholine à la concentration 3×10^{-8} est de 5×10^{-8} alors qu'elle est de 2×10^{-7} pour le sulfate d'atropine.

- L'action antihistaminique est notable sur la trachée de cobaye, l'uretère de chien, la vessie de lapin, la vésicule séminale de cobaye.

- L'action antisérotonine est nette sur l'iléon isolé de cobaye (diminution de ~ 50 % du spasme par une concentration de 5×10^{-9}) et discrète sur l'utérus de ratte (même action par une concentration de 3×10^{-5}). Une telle différence d'activité est également signalée pour l'atropine et divers composés phénothiaziniques.

- L'action antiadrénaline est peu nette. Le diaspasmyl est inactif aux concentrations usuelles sur les contractions provoquées de la vésicule séminale de cobaye, il diminue le nombre des contractions provoquées du vagin sans ~~entrainer~~ réduire l'intensité ; alors qu'il est inactif sur le tonus vaginal spontané.

- L'action antinicotinique est faible ; la concentration nécessaire pour supprimer l'action excito-ganglionnaire sur le duodénum de rat est 40 fois celle qu'inhibe totalement le spasme acétylcholinique.

Le Diaspasmyl est inefficace vis-à-vis de l'action spasmogène de l'hormone post-hypophysaire sur l'utérus de cobaye.

In vivo :

- sur l'intestin : L'injection intraveineuse de 0,25 à 1 mg / kg de Diaspasmyl provoque chez le lapin un relâchement du tonus intestinal et la suppression de toute contraction spontanée. Si on administre par voie générale de l'acétylcholine, du chlorure de baryum, de l'histamine ou de la néostigmine, on constate que leurs effets sur l'intestin sont inhibés par l'injection intraveineuse de Diaspasmyl.

Le transit intestinal du rat étudié par la progression d'une suspension de charbon se trouve diminué après administration de Diaspasmyl, moins toutefois qu'après atropine.

- sur la vésicule biliaire : Par perfusion, à pression constante de la vésicule biliaire, le Diaspasmyl s'oppose à l'action de la carbacholine et rétablit le débit de la perfusion.

- Sur les bronches : à la dose de 1 mg/kg en injection intraveineuse, le Diaspasmyl supprime le bronchospasme provoqué expérimentalement chez le cobaye par l'acétylcholine et l'histamine.

- sur les uretères : chez le chien, en injection intraveineuse à la dose de 1 mg/kg, le Diaspasmyl inhibe légèrement le tonus urétral spontané et inhibe les effets contracturants de l'acétylcholine, la pilocarpine, le chlorure de baryum.

- sur la vessie : chez le chien, en injection intraveineuse à la dose de 1 à 5 mg./kg, le Diaspasmyl inhibe le tonus vésical spontané, les contractions spontanées et celles provoquées par l'excitation du nerf pelvien et le chlorure de baryum, inconstamment les contractions dues à la sérotonine et au DMPP.

- sur le pylore : chez le cobaye, le Diaspasmyl est sans effet chez l'animal non préparé et lève les spasmes créés par un agent cholinergique ou l'excitation du pneumogastrique.

- sur le sphincter d'Oddi : Le Diaspasmyl produit un relâchement, antagonise les contractures provoquées par un agent cholinergique ou le chlorhydrate de morphine, diminue ou annule le spasme dû à la stimulation du bout périphérique du pneumogastrique sectionné au cou.

- sur le sphincter vésical : Le Diaspasmyl produit un relachement, lève le spasme provoqué par la néostigmine, ne provoque ni oligurie ni rétention vésicale, contrairement à certains agents parasympholytiques

- sur le sphincter anal : le Diaspasmyl entraîne un relachement chez le cobaye.

- sur l'utérus : Chez la ratte et le lapin, le Diaspasmyl légèrement actif vis-à-vis des contractions spontanées l'est moins vis-à-vis de la contracture provoquée par l'injection d'adrénaline, d'extrait post-hypophysaire ou de chlorure de baryum.

Action sur les sécrétions :

Le Diaspasmyl diminue la sécrétion gastrique, inhibe mais moins que l'atropine les sécrétions salivaires provoquées par le pilocarpine chez le rat et l'excitation de la corde du tympan chez le chien

Le Diaspasmyl n'a pas d'activité antiseécrétoire vis-à-vis des bronches^α.

Action sur l'oeil :

Le Diaspasmyl provoque une activité mydriatique moins importante que celle obtenue avec le sulfate d'atropine.

Sur la membrane mictitante du chat, le Diaspasmyl exerce un effet ganglioplégique à partir de 2mg/kg.

Action cardiovasculaire :

Cette action est peu importante et variable suivant l'animal d'expérience.

Action sur le système nerveux cérébro-spinal :

Le Diaspasmyl semble, d'après les tests utilisés, dépourvu d'action propre au niveau du système nerveux cérébro-spinal.

Son action psychotrope recherchée par les tests de la traction, de l'évasion, de la cheminée, de la tige tournante et de la potentialisation des barbituriques est quasi-nulle.

Le Diaspasmyl n'exerce aucune action anticonvulsivante vis-à-vis de la strychnine, du pentétrizol et de la nicotine.

Il ne développe qu'un antagonisme partiel vis-à-vis de la trémorine agissant presque spécifiquement sur les réactions en rapport avec son action acétylcholinolytique.

Le Diaspasmyl diminue la contracture acétylcholinique du rectus de grenouille.

Le Diaspasmyl "rappelle" la curarisation provoquée aussi bien par la tubo-curarine que par l'iodure de succicurarium.

TOXICOLOGIE

- Toxicité aigue : Par voie intrapéritonéale, le DL 50 pour la souris est de 70 mg/kg, tandis qu'il faut atteindre 780 mg/kg par voie buccale pour entraîner la mort de la moitié des animaux en expérience..

En perfusion chez le cobaye sous respiration artificielle, la dose minima mortelle est de 141 mg/kg.

- Toxicité subaigue : Des chiens ont reçu 6 jours sur 7 pendant un mois, une dose quotidienne de 30 mg/kg de Diaspasmyl par voie sous-cutanée sans aucun dommage. Les injections ont toujours été bien tolérées. Il n'est jamais apparu d'albuminurie et la croissance n'a pas été perturbée.

- Toxicité chronique : Chez le rat blanc, l'administration quotidienne de 10 à 30 mg/kg de Diaspasmyl per os 6 jours sur 7 pendant 100 jours n'a jamais entraîné de troubles de la croissance (en particulier pondérale) et n'a jamais provoqué de modifications hématologiques. L'examen nécropsique et microscopique des différents organes (coeur, poumons, foie, rate, reins, surrénales, gonades) ne revêla aucune lésion. La mortalité n'a en aucun cas été accrue par rapport aux animaux témoins.

Ainsi, le Diaspasmyl administré pendant une longue période à des doses environ 50 fois supérieure aux doses thérapeutiques a été parfaitement toléré et s'est montré dépourvu de toxicité.

APPLICATIONS CLINIQUES :

Elles découlent de la pharmacodynamie.

Le Diaspasmyl est un antispasmodique parasymphathicolitique, papavérinique et légèrement ganglioplégique à prépondérance parasympathique.

Les contre-indications majeures sont le glaucome, l'hypertrophie prostatique.

On peut distinguer six domaines d'utilisation du Diaspasmyl : la gastro-entérologie, la pathologie hépato-hiliaire, l'urologie, l'anesthésiologie, enfin la gynécologie et l'obstétrique.

L'analyse de la littérature nous montre que les auteurs ont obtenu de bons résultats dans les affections suivantes :

Indications gastro-entérologiques :

- les dyskinésies oesophagiennes,
- les ulcères gastro-duodénaux, les gastrites, les dyspepsies hypersthéniques, les vomissements en particulier chez l'enfant et le nourrisson,
- les colites, les colopathies spasmodiques douloureuses, les troubles du transit d'origine spasmodique,
- les pancréatites chroniques inconstamment.

Indications hépato-biliaires :

- les coliques hépatiques,
- les cholécystites lithiasiques ou non, les dyskinésies biliaires douloureuses,
- les dysplasies infundibulo-cervico-cystiques douloureuses
- les spasmes du sphincter d'Oddi après cholécystectomie,
- l'hypertonie vésiculaire due aux opiacés (alors que l'atropine n'agit pas).

Indications pneumologiques :

- la crise d'asthme bronchique, asthme ancien, les dyspnées asthmatiformes,
 - les bronchites chroniques à participation spasmodique dominante ;
- l'insuffisance respiratoire chronique de la pneumoconiose,

- les bronchorrhées,
- la préparation à la bronchoscopie.

Indications urologiques :

- la colique néphrétique.

Indications gynécologiques :

- les dysménorrhées spasmodiques,
- les tranchées du post-partum
- les indications obstétricales sont étudiées plus loin.

PRESENTATION

Le Diaspasmol se présente sous les formes suivantes :

- comprimés à 25 mg.
- Suppositoires à 25 mg.
- ampoules injectables de 2 ml à 20 mg.

OBSERVATIONS DE L'UTILISATION PAR VOIE INTRAVEINEUSE

DU DIASPASYL

Cette série d'observations a été divisée en quatre groupes :

Le premier groupe (observations 1 à 10) comprend des cas où le Diaspasmyl a été utilisé en injection intraveineuse directe après insuccès soit du Diaspasmyl par voie intramusculaire, soit d'un autre antispasmodique par voie intramusculaire.

Le deuxième groupe (observation 11 à 16) comprend des cas où le Diaspasmyl a été utilisé par voie intraveineuse directe.

Le troisième groupe (observation 17 à 25) comprend des cas où le Diaspasmyl a été utilisé en perfusion intraveineuse lente associée à la post-hypophyse.

Le quatrième groupe (observations 26 à 30) comprend les dystocies : une présentation du siège, trois décollement prématurés du placenta, une présentation du front dans un utérus cordiforme.

OBSERVATION N° 1 (No 326)

Secondipare - 22 ans - à terme - 1 accouchement normal

Entre dans le service le 30.VII.62 à 0h.30

Sommet au détroit moyen. Poche des eaux intacte. Dilatation 1 f.

4 h. Dilatation 5 f.

Rupture artificielle de la poche des eaux : liquide clair

6 h. Dilatation 5 f. - Col épais

Contractions subintrantes.

1 Diaspasmyl intramusculaire qui stoppe les contractions

10 h. Dilatation 5 f. - Col souple. Bons bruits du coeur.

Spartéine 0,20 intramusculaire

12 h. Dilatation 5 f. - Contractions moyennes.

14 h. Dilatation entre petite et grande paume.

Contractions ralenties. Bruits du coeur ralentis

Post-hypophyse 2 unités. Diaspasmyl intramusculaire.

14h.35 Les contractions sont bien rythmées mais le col bride toujours.

Diaspasmyl intraveineux

Efforts expulsifs presque instantanés

14 h.45 ; Expulsion d'un garçon de 3,800 kg. en état de mort apparente
qui crie après désobstruction, insufflation et caféine

Délivrance normale complète.

Très bon résultat après échec de deux injections intramusculaires.

La souffrance foetale peut s'expliquer par la longueur du travail
la dilatation ne progressant pas pendant au moins 8 heures.

OBSERVATION N° 2 (No 340)

Primipare - 19 ans - à terme.

Début des contractions le 8.VIII.62 à 8 h.

13.h. Dilatation lenticulaire. Sommet engagé en OIDP

13h.30 - Dilatation 1 F. Col qui bride.

Contractions très fréquentes. Parturiente agitée.

Diaspasmyl intramusculaire

14h.30 Rupture de la poche des eaux : liquide clair

Bonnes contractions bien rythmées.

15h.30 - Dilatation 1 F. Col qui bride toujours . Agitation.

Diaspasmyl intraveineux

18h.15 Dilatation complète. Efforts expulsifs.

Post-hypophyse 2 unités.

19 h. Expulsion d'une fille de 3,330 kg criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Résultat : très bon, après échec d'une injection intramusculaire.

OBSERVATION N°3 (n° 372)

Secondipare, 27 ans - à terme.

En 1960 césarienne pour procidence du cordon et modifications des bruits du coeur sur un siège complet,

Entre dans le service le 24.VIII.62 à 14 h.

Sommet au détroit moyen. Début des contractions rythmées. Dilatation 1 f.

20h.30 - Dilatation 5 f. Contractions toutes les 6 minutes. Agitation.

Rupture provoquée de la poche des eaux. Diaspasmyl intramusculaire

22h.15 Dilatation 5 f. Sommet profondément engagé.

Col très oedématié. Agitation

Diaspasmyl intraveineuse

1H.15 Dilatation complète. Efforts expulsifs.

1h.50 - Expulsion en OP d'une fille de 3,500 kg. criant de suite.

2h 35 - Délivrance artificielle.

Résultat : très bon après échec d'une injection intramusculaire.

OBSERVATION N°4 (No 411)

Secondipare, 34 ans

En 1954, césarienne après tentative de déclenchement du travail avec poche des eaux rompue depuis 3 jours, tentative infructueuse.

Entre dans le service le 13.IX.62 à 10 h.

Sommet engagé. Pas de travail.

Spartéine 0,20

Les contractions s'installent aussitôt très fortes.

11H.30 - Contractions très fortes. Col inchangé.

Diaspasmyl intraveineux

14h. - Dilatation 2 f. Bruits du coeur lents. Diaspasmyl intramusculaire.

Oxygénation

15h.30 - Dilatation 5 f. - Col souple. Bonnes contractions.

17h.15 - Dilatation complète. Efforts expulsifs.

18h. - Expulsion, après épisiotomie, d'une fille de 3,750 kg. criant de suite.

18h.45- Délivrance artificielle pour hémorragie importante.

Le placenta est très adhérent sur la partie inférieure de la cicatrice.

Résultat : moyen compte tenu des antécédents d'anomalie de la dilatation.

OBSERVATION No 5 (n° 417)

Primipare de 19 ans - 10 jours après le terme.

Entre dans le service le 23.IX.62 à 13h.30

Col effacé - sommet amorcé.

16h.30 - Contractions moyennes toutes les 5 minutes.

18 h. - Col idem. Contractions fortes toutes les 3 minutes.

Diaspasmyl intramusculaire.

20h.15 - Col idem. Contractions idem.

Diaspasmyl intraveineux.

La parturiente somnole 1/2 heure.

21h.15 - Dilatation 1 f. Col dur. Agitation.

21h.45 - Agitation importante.

Dolosal

Les contractions s'arrêtent pendant 1/2 h. puis reprennent toutes les 3 minutes.

24 h. Dilatation 5 f.

Rupture provoquée de la poche des eaux.

4 h. Dilatation complète. Efforts expulsifs.

Post-hypophyse 2 unités.

4h.50 - Expulsion d'un garçon de 3,380 kg. criant de suite.

Résultat : échec.

OBSERVATION No 6 (N° 531)

Quatrième pare - 29 ans - A terme.

Trois accouchement normaux puis un avortement à 2 mois suivi de curetage.

Entre dans le service le 8.XII.62 à 23h.15

Contractions fortes environ toutes les 5 minutes sans travail.

Sommet mobile. Puscopan suppositoire

0h.45 - Même état. Agitation

Dolosal intramusculaire

Arrêt des contractions pendant 1 h. puis reprise avec moins d'intensité.

5h.45 - Rupture spontanée de la poche des eaux : liquide méconial.

Dilatation 5 f. Col épais, moins souple.

Bons bruits du coeur.

6h.45 - Dilatation 5 f. Col épais. Femme agitée.

Contractions subintrantes avec mauvais relachement utérin.

Bruits du coeur irrégulier. Oxygénation, Diaspasmyl intraveineux.

7h.45 - Utérus souple. Contractions régularisées.

8h.35 - Dilatation complète.

8h.45 - Expulsion d'une fille de 3,400 kg? avec un circulaire en écharpe autour de la cheville et de l'épaule qui crie après désobstruction et insufflation.

9h.45 - Délivrance artificielle. Placenta adhérent sur toute la face postérieure.

Résultat : très bon. Accélération du travail nécessitée par la souffrance foetale après échec de Buscopan. Résultat moyen de Dolosal.

OBSERVATION N° 7 (n° 536)

Primipare - 18 ans - A terme.

Entre dans le service le 16.XII.62 à 17h.15

Sommet au détroit moyen. Dilatation 5 f. petite paume.

18h. Contractions régulières. Col bridant légèrement.

Rupture provoquée de la poche des eaux; liquide clair.

Diaspasmyl intramusculaire

20h.30 - Dilatation petite paume. Contractions régulières. Col oedématié

Diaspasmyl intraveineux

21h.30 - Dilatation complète.

22h. - Expulsion d'un garçon de 3,800 kg criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Résultat : excellent après échec d'une intramusculaire.

OBSERVATION N° 8

Primipare - 27 ans - A terme.

Entre dans le service le 9.I.63 à 14h.

Dilatation entre 2 et 5 f. Sommet engagé OIDP. Col épais.

Diaspasmyl intramusculaire. Rupture provoquée de la poche des eaux.

16h. Dilatation 5 f. Bonnes contractions. Lèvre antérieure du col oedématiée.

Diaspasmyl intraveineux.

17h.30 - Dilatation grande paume. Col mince, souple.

18h. - Dilatation complète. Efforts expulsifs. Contractions ayant diminué d'intensité. Post-hypophyse 2 unités.

18h.55 - Expulsion après épisiotomie d'une fille de 3,800 kg., criant de suite.

19h.10 Délivrance naturelle incomplète

Révision utérine.

Résultat : excellent après un échec par voie intramusculaire.

OBSERVATION N° 9 (n° 54)

Primipare - A terme.

Entre dans le service le 6.II.63 à 2 h.

Dilatation lenticulaire. Sommet au détroit moyen.

11h.30 - Malgré des contractions fortes dilatation idem.

Diaspasmyl intraveineux

13h.15 - Dilatation 2 f. Col souple.

14h.30 - Dilatation entre 2 et 5 f. Col peu souple.

Rupture provoquée de la poche des eaux.

Diaspasmyl intramusculaire

16h.30 - Dilatation idem. Col oedématié. Femme très agitée.

Sommet en gauche transverse.

Contractions toutes les 3 minutes. Durée 30 secondes.

Diaspasmyl intraveineux.

18h.30 - Dilatation idem. Col mince.

20h/ - Dilatation complète.

20h.30 - Expulsion après épisiotomie d'un garçon de 3,320 kg. criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Résultat : moyen. La première injection régularise un faux travail ;

l'injection intramusculaire est un échec, la deuxième intraveineuse assouplit le col, ce qui permet ensuite la dilatation.

OBSERVATION N° 10 (n° 98)

Primipare - 20 ans à terme.

Entre dans le service le 10.III.63 à 16h.

Dilatation 2 f. Col postérieur. Sommet engagé.

Contractions fortes. Bruits du coeur rapides.

Rupture provoquée de la poche des eaux : liquide très teinté.

Diaspasmyl intramusculaire

17h. - Dilatation à petite paume. Col raide.

Bonnes contractions régulières.

Bruits du coeur rapides.

Diaspasmyl intraveineux.

17h/30 Dilatation complète.

18h.15 - Expulsion d'un garçon de 2,950.kg. criant de suite.

18h.45 - Expulsion de nombreux caillots.

Délivrance artificielle.

Résultats : excellents, accélération du travail.

Bon résultat préalable d'une injection intramusculaire.

OBSERVATION N°11 (n° 488)

Secondipare - 19 ans - A terme - un accouchement normal.

Entre dans le service le 16.XI.62 à 12h.30

Pas de travail. Sommet très mobile. Petites contractions régulières.

14h. - Dilatation 5 f.

Rupture provoquée de la poche des eaux: liquide clair.

Les contractions s'intensifient.

16 h. - Dilatation à petite paume. Col épais.

Sommet qui ne s'engage pas et appuie sur le col.

Diaspasmyl intraveineuse.

16h.30 - Dilatation complète.

16h.40 - Après épisiotomie, expulsion d'une fille de 4,500 kg., criant de suite.

Délivrance naturelle complète pesant 1 kg.

puis expulsion de 1 kg de caillots.

Résultat excellent.

OBSERVATION N° I2 (n° 494)

S^e condipare - 37 ans - A terme - Un accouchement normal.

Entre dans le service le 20.XI.62 à 15h.30

Dilatation 1 f. Sommet mobile. Poche des eaux rompue.

Rares contractions. Spartéine à 0,20 intramusculaire

16h.30 - Dilatation idem. Contractions régulières.

18h. - Dilatation 2 f. Col épais et dur.

Diaspasmyl intraveineux.

19h. Dilatation 2 f. Col souple.

21h.20 - Dilatation complète.

21h.40 - Expulsion d'une fille de 3,630 kg criant de suite.

Délivrance naturelle complète

Résultat : très bon.

OBSERVATION N° I3 (n° 525)

Quatrième pare - 33 ans - A terme - 3 accouchements normaux.

Entre dans le service le 5.XII.62 à 16h.30

Dilatation 2 f. Sommet mobile.

Poche des eaux rompue : liquide clair.

Pas de contractions. Spartéine 0,20 intramusculaire

21h. Dilatation 5 f. - Sommet fixé.

22h. - Dilatation 5 f. - Col très épais. Gros bourrelet à la partie antérieure. Contractions régulières et fortes.

Diaspasmyl intraveineux.

0h.10 - Dilatation complète.

0h.20 - Expulsion d'un garçon de 3,540 kg, criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Résultat : très bon.

OBSERVATION N° L4 (n° 18)

Primipare - A terme.

Entre dans le service le 10.I.63 à 4h.

Dilatation lenticulaire. Sommet engagé OGA. Peu de contractions.

11h.15 - Dilatation 1f. Peu de contractions.

14 h. - Idem - Spartéine 0,20 intramusculaire

18h. - Dilatation 2 f. Contractions régulières, douloureuses.

Rupture provoquée de la poche des eaux: liquide clair.

21h. - Dilatation 5 f. - Col qui bride.

Diaspasmyl intraveineux

23h.30 - Dilatation complète.

0h.10 - Expulsion d'un garçon de 3,450 kg. criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Résultat : excellent.

OBSERVATION N°15 (n° 18)

Primipare - A terme.

Entre dans le service le 24.II.63 à 8h.

Sommet au détroit moyen.

Dilatation lenticulaire.

Contractions très fortes toutes les 5 minutes.

Diaspasmyl intramusculaire.

13 h. - Dilatation 1 f. Col épais - Agitation

Rupture provoquée de la poche des eaux : liquide clair.

Diaspasmyl intraveineux.

15 h. Dilatation idem. Col souple.

16 h. - Dilatation complète.

16h.10 - Expulsion d'une fille de 3,300 kg. criant de suite

Délivrance naturelle complète.

Résultat : très bon.

OBSERVATION N°16 (n° 106)

Neuvième pare - 40 ans - A terme. Huit accouchement normaux.

Entre dans le service le 13.III.63 à 10h.

Dilatation 1 f. Sommet au détroit moyen.

Rupture artificielle des membranes : :liquide clair.

Spartéine 0,20 intramusculaire.

14 h. - Dilatation entre 5 f. et petite paume. Col oedématié.

Contractions subintrantes. Agitation.

Diaspasmyl intraveineux.

14h.45 - Dilatation grande paume.

Le calme est revenu mais les contractions sont trop espacées.

Post-hypophyse 2 unités.

15h.30 - Efforts expulsifs, ...

15h.50 - Expulsion d'un garçon de 3,680 kg, criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Résultat : très bon.

OBSERVATION N° 17 (n° 343)

Secondipare - 29 ans - 10 jours après le terme. - 1 accouchement normal.

Entre dans le service le 9.VIII.62 à 4h.30

Dilatation 5 f. Sommet très mobile, Promontoire accessible.

Rupture provoquée de la poche des eaux : liquide clair.

Contractions toutes les 5 minutes.

5h.20 - Agitation - Buscopan intramusculaire

7h.30 - y Col très épais.

Diaspasmyl intraveineux.

9h. - Dilatation 5 f. Col mince et souple.

Sommet au détroit supérieur. Contractions irrégulières.

9h.30 - Mise en place d'une perfusion intraveineuse de Post-Hypophyse

2 Unités-Diaspasmyl 20 mg. dans 250 cc sérum glucosé. 10 gouttes/minute.

9h.50 - Expulsion d'une fille de 3,620 kg, criant de suite après désobstruction.

10h. - Délivrance spontanée.

Résultat: très bon à la fois de l'injection intraveineuse directe et de la perfusion. Echec du Buscopan.

OBSERVATION N° 18 (n° 345)

Primipare - 22 ans - A terme.

Entre dans le service le 9.VIII.62 à 15h.30

Dilatation 5 f. Sommet au détroit moyen.

Rupture provoquée de la poche des eaux : liquide clair.

20 h. - Dilatation petite paume. Contractions fortes, régulières.

Col qui bride.

20h.15 - Perfusion intraveineuse de Post-hypophyse 2 unités - Diaspasmyl

20 mg. dans 250 cc. sérum glucosé 10 gouttes/minute

21h.15 - Dilatation complète. - Sommet en OIDP

21h.30 - Forceps pour défaut de rotation de la tête.

Cargon de 3,240 kg. criant de suite.

Résultat : très bpn.

OBSERVATION N° 19 - (n° 463)

Primipare A terme

Entre dans le service le 22.X.62 à 5 h.

Poche des eaux rompues. Sommet non engagé. Pas de travail

Début du travail le 24.X.62 à 4 h.

9h.30 - Dilatation 5 f. Sommet engagé.

Contractions irrégulières.

Spartéine 0,30 intramusculaire

13h.30 - Dilatation petite paume. Col épais.

Diaspasmyl intramusculaire

15 h. - Dilatation petite paume. Col dur, bridant.

Diaspasmyl intraveineux.

16 h. - Dilatation petite paume. Col souple.

Contractions toutes les 2 minutes, d'intensité moyenne.

Perfusion intraveineuse de Post-Hypophyse 5 unités-Diaspasmyl 20 mg.

Sérum glucosé 250 cc. 10 gouttes/minutes.

17 h. Dilatation grande paume. Contractions utérines fugaces.

La perfusion ne coule plus, l'aiguille étant sortie de la veine.

Post-hypophyse intramusculaire 2 unités.

17h.20 - Dilatation complète. Sommet à la vulve.

Inertie utérine. Bruits du coeur ralentis.

17h 30 - Forceps pour inertie utérine. Fille 3,520 criant de suite.

Résultat : échec partiel.

Le médicament a probablement évité une césarienne.

OBSERVATION N° 20 (n° 498)

Primipare 23 ans - A terme.

Entre dans le service le 21.XI.62 à 14 h.

Col en voie d'effacement, postérieur. Sommet amorcé.

Le 22.XI à 17h.15

Dilatation 2 f. Col souple.

Contractions espacées.

Bruits du coeur lents.

Rupture provoquée de la poche des eaux : liquide teinté.

Perfusion intraveineuse dans 500 cc. de sérum glucosé de Post-Hypophyse
10 U.- DIASPASYL 20 mg. - 10 gouttes/minute.

18h.45 - Agitation - Contractions fortes.

Diaspasmyl intramusculaire

19 h. - Dilatation grande paume.

19h.30 - Début des efforts expulsifs.

20h.45 - Forceps en OIDA

Garçon de 3.400 kg. criant de suite.

Résultats : bons - mais nécessité d'une deuxième injection de
DIASMASPYL qu'on a faite intramusculaire.

OBSERVATION N° 21 (n° 501)

Primipare - 18 ans - Terme dépassé de 10 jours?

A reçu la veille une injection intramusculaire de benzogynœstryl 5

Entre dans le service le 23.XI.62 à 9h.30

Dilatation 1 f. Sommet au détroit supérieur.

Promontoire perceptible (la femme mesure 1,50 mg). Contractions
régulières.

14h.30 - Dilatation petite paume.

Rupture provoquée de la poche des eaux : liquide légèrement rosé.

15h.30 - Dilatation idem. Col très oedématié.

Contractions subintrantes

Diaspasmyl intramusculaire qui régularise les contractions

17 h. - Dilatation idem. Col épais.

Sommet en transverse gauche.

Diaspasmyl intramusculaire

17 h.30 - Dilatation idem.

Contractions irrégulières.

Sommet fixe en transverse.

Perfusion intraveineuse dans 250 cc. sérum glucosé de Post-hypophyse

2 unités-Diaspasmyl 20 mg. 10 gouttes/minute

Les contractions se régularisent, deviennent plus fortes.

18 h. - Dilatation complète. Sommet engagé en OIGA.

18h.45 - Expulsion d'une fille de 3,120 kg criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Résultat : excellent après échec de 2 injections intramusculaires.

OBSERVATION N° 22 (n° 517)

Primipare. 23 ans. A terme.

Entre dans le service le 29.XI.62 à 3 h.

Poche des eaux rompue. Pas de travail. Sommet très élevé

13 h., Début des contractions.

0h.15 - Contractions toutes les 2 minutes. Lombalgies

Col effacé

Do'osal intramusculaire sans résultat.

3h.30 - Dilatation 1 f. Col cerclé

Contractions fortes toutes les 4 minutes.

Diaspasmyl intraveineux

Les contractions diminuent d'intensité et deviennent irrégulières.

8 h. - Dilatation 5 f. Col épais. Sommet fixé

Perfusion intraveineuse de Posthypophyse 5 unités - Diaspasmyl 20 mg

dans 250 cc. sérum glucosé - 16 gouttes/minute.

Contractions toutes les 3 minutes durant 20 secondes.

9 h - Dilatation complète. Accélération de la perfusion

10 h. - Forceps. Fille de 3,400 kg. Criant de suite.

Résultat : excellent.

OBSERVATION N°23 (n° 12)

Primipare . 21 ans. A terme.

Entre le 6.I.63 à 20h.30

Dilatation 1 F. Sommet engagé. Contractions toutes les 10 minutes.

9h 15 - Dilatation entre 5 F et petite paume.

Rupture provoquée de la poche des eaux: liquide clair.

13h.150 - Dilatation idem. Col qui bride.

Perfusion intraveineuse de Post-hypophyse 2 unités - Diaspasmyl 20 mg
dans 250 cc sérum glucosé 6 gouttes/minute

15h.30 - Dilatation grande paume. Contractions régulières avec bon relâchement utérin mais col qui bride.

Diaspasmyl intraveineux.

16h.30 - Dilatation idem. Col idem.

Diaspasmyl intraveineux.

17 h. - Dilatation idem. Col idem.

Diaspasmyl intraveineux.

17h.30 - Dilatation complète. Efforts expulsifs. Bruits du coeur lents.

Post-hypophyse 1 unité.

17h.45 - Expulsion d'un garçon de 2,960 kg criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Résultat : nul. Le col ne cède pas, travail lent.

OBSERVATION N° 24 (n° 115)

Secondipare . 32 ans. A terme.

Césarienne en 1959 pour souffrance foetale.

Entre dans le service le 19.II.63 à 13 h. pour lenteur du travail

Le travail a commencé le 18.III à 16 h., la poche des eaux s'est rompue le 19.III à 8h.30.

A reçu avant son entrée : Dolosal intramusculaire à 8 h.

à 10 h Spasmalgine intramusculaire

à 12 h. Phénergan-Largactil intramusculaire

13 h. - Dilatation petite paume. Col épais.

Sommet au détroit moyen

La femme dort entre les contractions.

14h.30 - Dilatation idem. Col épais mais souple.

Contractions faibles.

Perfusion intraveineuse de Post-Hypophyse 5 unités - Diaspasmyl 20 mg dans 250 cc de sérum glucosé 12 gouttes/minute.

Les contractions deviennent plus intenses, l'utérus se relachant bien entre les contractions.

15h.30 - Dilatation complète. Accélération de la perfusion.

15 h. 55.- - Expulsion d'une fille de 3,120 kg criant de suite.

Délivrance naturelle complète. .

Résultat : excellent associé à la Post-Hypophyse.

OBSERVATION N° 25 (n° 125)

Primipare 23 ans A terme.

Entre dans le service le 23.III.63 à 4 h.

Dilatation lenticulaire. Sommet fixé. Contractions irrégulières.

14 h. Dilatation 2 f. Col épais.

Contractions idem.

Spartéine 0,20 Diaspasmyl intramusculaire.

16 h. Dilatation 2 f. Col épais

Contractions régulières.

Rupture provoquée de la poche des eaux: liquide clair.

Diaspasmyl intramusculaire

18 h. - Dilatation petite paume. Col très épais.

Contractions fortes.

Diaspasmyl intraveineux

21h.30 - Dilatation petite paume. Col très épais.

Contractions moyennes.

Post-Hypophyse 2 unités. Diaspasmyl 20 mg. dans 250 cc de sérum glucosé 10 gouttes/minute

23 h. - Dilatation complète.

Accélération de la perfusion.

21h.55 - Expulsion d'une fille de 3,240 kg criant de suite.

Délivrance naturelle complète.^α

Résultat : moyen après échec de 2 intramusculaires.

OBSERVATION N° 26 (n° 305)

Quatrième pare - 42 ans - Terme de 8 mois. 3 accouchements normaux.
Entre dans le service le 18.VII.62 à 13 h. pour hémorragie importante de sang rouge.

Etat de choc. Pouls et tension imprenables. Pas d'albuminurie.

Dilatation 1f. Sommet haut. Utérus très dur.

Pas de bruits du coeur foetal.

Perfusion de Subtosan-Pressyl.Dolosal intramusculaire.

13h.30 - L'hémorragie cesse - T.A. 9/5

15 j. Dilatation 5F.

Contractions subintrantes. Utérus de bois.

Spasmalgine intramusculaire.

15h.30 - Utérus idem.

Diaspasmyl intraveineux

15h.45 - Expulsion d'une fille de 2,600 kg mort-née.

16 h. Délivrance naturelle complète=derrière laquelle se trouve un énorme caillot noir.

Hématome rétro-placentaire.

Résultat : excellent.

OBSERVATION N°27 (n° 316)

Primipare 18 ans A terme.

Entre dans le service le 27.VII.62 à 0h.

Dilatation 1 F. Pas de contractions.

Siège décomplété non engagé.

3h. - Dilatation 5 f.

Rupture provoquée de la poche des eaux : liquide clair.

Bonnes contractions.

8h. - Dilatation grande paume. Siège au détroit moyen.

Ralentissement des contractions.

10h.15 - Même état.

Perfusion intraveineuse de Post-Hypophyse 2 unité - Diaspasmyl 20 mg dans 250 cc de sérum glucosé 30 gouttes/minute

10h.25 - Dilatation complète.

10h.45 - Après épisiotomie gauche, extraction simple en SIGT d'une fille ,
de 3,620 kg. criant de suite.
Délivrance naturelle complète.
Résultat : excellent.

OBSERVATION N° 28 (n° 357)

Secondipare 30 ans 4 terme.
En 1958, après perfusion post-hypophysaire, extraction par forceps
d'un enfant de 4,400 kg puis délivrance artificielle. Utérus cordiforme
Entre dans le service le 16.VIII.62 à 12 h. Poche des eaux rompue.
Dilatation 5 f. Col souple.
Front au détroit supérieur en NIDP
Bons bruits du coeur.
13h.30 - Dilatation idem.
Contractions fortes toutes les 12 minutes.
Perfusion intraveineuse de Post-Hypophyse 5 unités-Diaspasmyl 20 mg
dans 250 cc de sérum glucosé 20 gouttes/minute.
Il apparaît des contractions régulières avec bon relâchement utérin.
14h.30 - Dilatation complète.
Face engagée en M.I.D.A.
14h.50 - Expulsion d'un garçon de 3,450 kg criant de suite.
15h.50 - Délivrance artificielle. Le placenta est adhérent dans la corne
droite.
Résultat : excellent - Travail rapide. Transformation de front en face.

OBSERVATION N° 29 (n° 378)

Neuvième pare ayant fait une hémorragie brutale chez elle.
Entre dans le service le 28.VIII.62 à 11 h.
T.A. 7,5/5
Dilatation 1 F. Sommet non engagé. Bruits du coeur irréguliers.
Sang. Pressyl Oxygène.
Rupture provoquée de la poche des eaux : liquide sanglant.
Début des contractions avec mauvais relâchement utérin.

Diaspasmyl intraveineux qui calme les contractions

12h.30 - T.A. 9,5 / 6

Dilatation 1F. Bruits du coeur réguliers. Col souple

Perfusion intra-veineuse de Post-hypophyse 5 unités - Diazpasmyl 20 mg
dans 250 cc de sérum glucosé 10 gouttes/minute

Bonnes contractions utérines

14h.10 - Expulsion d'un garçon de 3,550 kg en OP, criant de suite.

Délivrance naturelle complète.

Décollement prématuré du placenta

Résultat : très bon.

OBSERVATION N° 30 (n° 90)

Neuvième pare à terme. 8 accouchements normaux.

Entre dans le service le 4.III.63 à 2h.20, envoyée pour hémorragie importante avec modification des bruits du coeur.

Albuminurie non traitée pendant la grossesse.

T.A. 13/9

Dilatation lenticulaire. Sommet non engagé.

Rupture provoquée de la poche des eaux.

Utérus ayant tendance à la contracture. Bruits du coeur ralentis.

DIASPASYL intraveineux. Oxygène

Meilleur relachement utérin. Bruits du coeur meilleurs.

3h. - Dilatation 2 f.

Col raide, Contractions fortes, rapprochées.

3h.20 - idem.

Diaspasmyl intraveineux.

Le col se relache.

4h.10 - Dilatation petite paume.

Contractions subintrantes.

Bruits du coeur ralentis

Diaspasmyl intramusculaire.

4h.30 - Expulsion d'une fille de 3,720 kg. criant après désobstruction.

Après l'accouchement expulsion de gros caillots.

Délivrance naturelle complète.

Décollement prématuré du placenta

Résultat excellent.

ANALYSE DES RESULTATS

L'analyse et la comparaison des résultats portera sur les domaines suivants qui sont mesurables :

- le nombre d'échecs complets c'est à-dire les cas où la poursuite du travail et l'accouchement par voie basse ont soit été impossibles soit rendus seulement possible par l'emploi d'un autre antispasmodique, soit enfin lorsqu'une application de forceps a été nécessitée par un arrêt complet du travail.

- la durée du travail après l'injection - à dilatation égale.

- les incidences désagréables foetales et maternelles.

ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS PAR LA VOIE INTRAVEINEUSE

Dans les 30 cas le but recherché a été de terminer le plus rapidement possible l'accouchement par voie basse.

29 cas étaient à terme ou après terme, un cas à terme de 8 mois observation n° 26)

MOTIFS DE L'EMPLOI DU DIASPASMYL

- 21 fois, il s'agissait d'une dyscénésie caractérisée par un oedème du col
- 2 fois, il y avait tendance à la contracture avec arrêt de la dilatation sans que la consistance du col soit sensiblement modifiée.
- 5 fois, il fallait accélérer le travail :
 - 1 fois pour modification des bruits du coeur,
 - 1 fois pour ralentissement des contractions sur un siège
 - 3 fois, pour décollement prématuré du placenta : 2 à hémorragie externe et 1 à hématome rétroplacentaire.
- 1 fois, il s'agissait d'une présentation du front qui s'est défléchie en face.
- 1 fois, un arrêt du travail à dilatation petite paume, poche des eaux rompue depuis 6 heures, après des injections intramusculaire de Phenéergan-Largactil, Dolosal, Spasmalgine. Dans ce cas le Diaspasmyl a régularisé l'action de la post-hypophyse.

MEDICATIONS ASSOCIEES

Antispasmodiques

14 fois l'injection a été faite après échec d'un antispasmodique par voie intramusculaire,

9 fois il s'agissait du Diaspasmyl

4 fois d'un autre antispasmodique,

1 fois de la Pethidine

- Par contre une fois le Diaspasmyl intramusculaire avait donné un bon résultat mais fugace.

- Une fois (observation 20) c'est en fait le Diaspasmyl intramusculaire qui a agi , le débit de la perfusion étant trop faible en ce qui concerne le Diaspasmyl.

Ocytociques

Il a été utilisé :

7 fois de la Spartéine,

17 fois de la post-hypophyse,

1 fois, l'accouchement avait été déclenché la veille par une injection intramusculaire de Benzogynoestryl.

INCIDENCE MATERNELLE

Aucune réaction dangereuse, ni même désagréable n'est notée.

INCIDENCE FOETALE

On relève :

un enfant mort avant toute thérapeutique,

une mort apparente après au moins 15 heures de travail avec réanimation rapide,

trois enfants étonnés.

- 1 avec un circulaire du cordon

- 1 postmature

- 1 enfant dont les bruits du coeur étaient modifiés dès l'arrivée de

la femme dans le service (albuminurie, décollement prématuré du placenta).

Les 25 autres enfants ont crié de suite.

Le Diaspasmyl n'a donc pas eu d'incidence foetale.

DELIVRANCES

Il y a :

- 4 délivrances artificielles :

2 chez une femme césarisée à l'accouchement précédent,

1 après curetage,

la 4^{me} fait suite à un travail très rapide (primipare qui accouche
2h.15 après la dilatation 2 F.)

- 1 révision utérine pour rétention d'un cotylédon.

DOSE UTILISEE

Outre les injections intramusculaires (20 mg par injection), il a
été fait : 2 fois 4 injections intraveineuses (80 mg)

2 fois 3 (60 mg)

2 fois 2 (40 mg)

24 fois une seule (20 mg)

RESULTATS

Si on met à part les deux échecs obtenus chez deux primipares, l'un
cédant au Dolosal l'autre nécessitant une extraction par forceps pour inertie
à dilatation complète, les temps séparant la dernière injection de l'expulsion
sont :

chez les multipares (14 cas)

- injection faite avant dilatation (1 cas)

6h.30

- injection faite avant dilatation 2 f. (2 cas)

1h.40

3h.40

- injection avant ou à dilatation 5 F. (5 cas)

Temps moyen 1h.36 - Temps extrêmes 15 min. , 3h.35

- injection faite avant ou à dilatation grande paume.

temps moyen 56 min. - Temps extrêmes 10 min. , 1h.50

chez les primipares (14 cas)

- injection faite avant ou à dilatation 2 f. (3 cas)

Temps moyen 3h.23 - Temps extrêmes 3h.10 , 3h.30

- injection faite avant ou à dilatation 5 F. (4 cas)

Temps moyen 3h.01 - Temps extrêmes 2h. , 4 h.

- injection faite avant ou à dilatation grande paume

Temps moyen 2h.17 - Temps extrême 30 min. , 5h.55

ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS

Avec le DIASPASMYL INTRAMUSCULAIRE

à la Maternité de la Belle de Mai à Marseille

ACCOUCPEMENTS DIRIGES (88 cas)

- injection faite à dilatation 1-2 cm (15 cas)

Temps mis pour atteindre la dilatation 5-6 cm.

Temps moyen 1h.45 , temps extrêmes 1h. , 3 h.

- injection faite à dilatation 3-4 cm (19 cas)

Temps mis pour atteindre la dilatation complète

Temps moyen 1h.15 , temps extrêmes 0h.20 , 1h.50

- injection faite à dilatation 5 cm avec post-hypophyse (33 cas)

Temps mis pour atteindre la dilatation complète

Temps moyen 0h.25 , temps extrêmes 0h.5 , 0h.35

- injection faite à dilatation 6-8 cm. (13 cas)

Temps mis pour atteindre la dilatation complète

temps moyen 0h.20 , temps extrêmes 0h.5 , 0h.30

Les 8 autres cas ne sont pas interprétables en raison de l'association d'un autre antispasmodique pour début d'oedème du col.

DYSCINESIES (26 cas)

- 7 succès complets
- 13 succès partiels
- 6 échecs

DECLENCHEMENTS DU TRAVAIL (7 cas)

- 6 succès avec relachement intercalaire excellent pendant les perfusions de post-hypophyse.

EPREUVE DU TRAVAIL

Bons résultats avec ocytociques.

DECLenchement PREMATURE DU TRAVAIL (5 cas)

- 5 arrêts du travail

comprimés et injections intramusculaires.

EFFETS ANNEXES SUR LA MERE

Ont juste été notés quelques nausées , parfois des vomissements, pas d'action sur le foetus.

EFFETS SUR LE FOETUS

Sur les 128 accouchements, il est noté, outre un enfant mort et macéré, 2 enfants étonnés, 1 cyanosé, 3 inanimés, tous cas ayant des explications extramédicamenteuses.

L'auteur conclut à l'absence de signes d'intolérance ou de souffrance foetale, en particulier chez les prématurés.

ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS
à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Blois
par le DIASPASYL INTRAMUSCULAIRE DANS LES DYSCINESIES

Trois fois le Diaspasmyl a été utilisé pour arrêter un travail déclenché prématurément. Deux bons résultats sont obtenus chez une troisième pare à terme de 8 mois 1/2 et une dixième pare à terme de 6 mois.

Un échec est obtenu chez une primipare à terme de 5 mois, cependant dans ce cas l'injection a été faite à un stade avancé (dilatation 1 F.) et le travail s'est trouvé régularisé, se terminant en 1h.30, mère endormie.

Cinquante cinq fois, le Diaspasmyl a été utilisé pour lutter contre une dyscinésie avec dans un cas une hémorragie rétroplacentaire.

Multipares (28 cas)

On note :

- 3 échecs , 2 cédant à un autre antispasmodique,
1 nécessitant une césarienne pour modification des bruits du coeur.

Dans les 25 autres cas, les temps séparant la dernière injection de l'expulsion ont été

- injection faite avant dilatation

Temps moyen 5h.38 , Temps extrêmes 2h.40, 9 h.

- injection faite avant ou à dilatation 2 F.

Temps moyen 2h.25 , Temps extrêmes 35 min. , 4 h.

- injection faite avant ou à dilatation 5 F.

Temps moyen 2h.11 , Temps extrêmes 1h. , 4 h.

- injection faite avant ou à dilatation grande paume

Temps moyen 1h.22 , Temps extrêmes 10 min. , 2h.4 :

Primipares (27 cas)

On note :

- 5 échecs : 1 réagissant à un autre antispasmodique
2 réagissant à la Pethidine
2 césariennes : 1 pour présentation du fœtus
1 pour modification des bruits du cœur.
- Dans les 22 autres cas, les temps enregistrés sont :
- injection faite en début de travail :
1 cas : 5h.10
- injection faite avant ou à dilatation 2 F.
Temps moyen : 5h.14 , temps extrêmes 1h.20 , 11h.
- injection faite avant ou à dilatation 5 F.
Temps moyen 3h.33 , temps extrêmes 50 min., 9h.
- injection faite avant ou à dilatation grande panne
Temps moyen 2h.44 , temps extrêmes 25 min., 6 h.

C O N C L U S I O N

L'analyse des travaux effectués à la Maternité de l'Hôtel Dieu de Blois, confirmant les observations faites à la Maternité de la Belle de Mai à Marseille, sur l'emploi du Diaspasmyl par voie intramusculaire dans l'accouchement dirigé, les dyscinésies, les déclenchements du travail, les épreuves du travail, et l'étude de 30 observations faites à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Blois, amènent les conclusions suivantes :

Le Diaspasmyl est absolument inoffensif pour la mère et l'enfant.

Dans les accouchements dirigés et les déclenchements du travail, le Diaspasmyl :

- favorise la dilatation du col en rendant les contractions utérines plus efficaces ;
- raccourcit donc la durée du travail ;
- potentialise l'action des ocytociques en empêchant la tendance à la contracture, si souvent observée au début des perfusions de post-hypophyse, en particulier dans les déclenchements du travail.

Dans les accouchements avant terme, le Diaspasmyl provoque un arrêt total du travail avec disparition des contractions utérines (7 cas sur 8)

Dans les dyscinésies, on note dans la majorité des cas une régression de l'oedème du col, rompant le cercle vicieux "hypertonie entraînant oedème entraînant hypertonie", puis une progression de la dilatation avec descente de la présentation, le fait dominant étant le relâchement utérin interphasique.

La comparaison des résultats obtenus par les voies intramusculaire et intraveineuse montre une nette supériorité de la voie intraveineuse :

- d'une part, un moins grand nombre d'échecs complets :

2 cas sur 30, soit 7 %

contre

6 cas sur 26 à la maternité de la Belle de Mai

17 cas sur 66 à la maternité de Blois

soit 25% pour la voie intramusculaire.

- d'autre part, si on ne considère que les succès totaux ou partiels, les temps séparant l'injection du médicament de l'expulsion sont, à dilatation égale, en moyenne moindres lorsque l'injection a été intraveineuse.
- enfin, 8 fois sur 9 tentatives, des troubles de dilatation résistant au Diaspasmyl intramusculaire ont cédé au Diaspasmyl intraveineux.

Le Diaspasmyl est un excellent médicament antismasmodique qui mérite d'avoir une place de choix dans l'arsenal thérapeutique des accoucheurs pour :

- éviter des interventions chirurgicales
- atténuer des souffrances maternelles et foetales
- éviter des morts foetales.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. M. DE GENNES

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1. BOISSIER (J.R.) DUMONT (Cl) MALEN (Ch.)
Arch. int. pharmaco. dyn. 1960 , CXXVIII n° 1-2, 187-203
2. BOISSIER (J.R.) et coll.
Thérapie 1962 XVII 463-75
3. BOISSIER (J.R.) DUMONT (Cl)? BESSIN (P.)
Thérapie 1962 XVII 699-711
4. BOISSIER (J.R.) et coll.
Thérapie 1962 XVII 1233-44
5. BOISSIER (J.R.) DUMONT (Cl)
Arch. Int. Pharmaco. dyn. 1963 CXLI n° 1-2
6. CACHIN (M.) PERGOLA (F.) BRUN (P.)
Thérapie 1962 17 n°4 , 667-73
7. Analyse d'une thèse de CORSIN - Lille 1962
8. DUBARRY (J.J.) TOURNERIE (J.) BERNARD (J.P.) AUCHE (Y.)
Sem. des Hôp. 20 juin 1962 , n° 35 2.085-87
9. FABRE et AISSAOUI
Limousin méd., mars 1962 (n° 40)
10. Analyse de la thèse de P. FLEURY , Clermont-Ferrand 1962
11. GERNEZ-RIEUX, VOISIN et coll.
Lille Médical, janvier 1962, VII n° 1, 39-45
12. LACOMBE Raymond, Thèse Bordeaux 1954
13. MARMASSE (J.)
Utilisation du Diaspasmyl en obstétrique (inédit)
14. MESNARD (J.) BRETAGNE (M.)
Anesthésie, Analgésie, Réan. Oct. nov. Déc. 1962 XIX n°4

15. PLASSE (G.) et coll.
Gaz. Méd. de France 10 janvier 1962 n° 1
16. POINSON (R.) et coll.
Gaz. Méd. de France 20 septembre 1962 , n°8
17. ROUTIER (J.) et coll.
Sem. des Hôp, 20 octobre 1962 3.292-93
18. ROUX (P.) et CANIVET (J.)
La Vie Méd. 25 mai 1962
19. TERRASSE (J.) et coll.
La Rev. de Méd. Septembre 1962 n° 19
20. THEODORIDES (M.)
Journ. Méd. Bordeaux , avril 1962 n°4

